

Beiträge zur Kenntnis der traumatischen Neuro-Psychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 29. JULI 1898

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Eugen Goldbach

aus Brieg.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Born.

- Dd. med. v. Haselberg.
- cand. med. Perrenon.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Mohrenstrasse 59.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Meinen lieben Eltern.

in Dankbarkeit gewidmet.

Während der letzten 10—15 Jahre hat auf dem Gebiete der Neurologie keine Krankheit in so hohem Grade das allgemeine Interesse in Anspruch genommen, keine zu so lebhaften und weitgehenden Meinungsverschiedenheiten unter den Autoritäten auf diesem Gebiete Anlass gegeben, wie die Nerven-Erkrankungen nach Unfällen. Ein Produkt ihrer Zeit, sind sie sowohl ihrer Häufigkeit wie ihrer Bedeutung nach in demselben Masse gewachsen, in dem die soziale Gesetzgebung ihre Fürsorge den Unfallverletzten zugewendet hat.

In England war es, wo im Jahre 1861 zuerst die Haftpflicht der Eisenbahn-Gesellschaften bei Unglücksfällen gesetzlich geregelt wurde, und hier ist dann auch im Anschluss daran der Grund gelegt worden zur Erforschung jener Krankheitserscheinungen, die man später als „traumatische Neurosen“ bezeichnet hat.

Erichsen studierte die Verletzungen des Nervensystems nach Eisenbahnunfällen und fasste deren Symptome unter dem Namen „railway-spine“ zusammen. Dabei sah er als das ursächliche Moment das physische Trauma an. Er nahm an, dass die mit dem Unfall verbundene Erschütterung des Körpers auch eine Erschütterung des Central-Nervensystems zur Folge habe, wodurch in demselben organische, also anatomische Veränderungen hervorgerufen würden, die dann ihrerseits alle die mannigfachen Erscheinungen des railway-spine bedingen.

Obgleich diese Anschauung Erichsens alsbald heftige Gegner fand, drang dieselbe dennoch durch. In Deutschland waren es vor allen Leyden und Erb, die sich ihm an-

schlossen. Hier war diese Frage in Fluss gekommen, nachdem 1871 die Haftpflicht der Eisenbahnen auch bei uns gesetzlich festgelegt worden war. In weitere Kreise wurde das Interesse an diesen Erkrankungen getragen, als 1879 Riegler seine Arbeit: „Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere die Verletzungen des Rückenmarks“ veröffentlichte. Diese Arbeit trug durch ihre reichhaltige Kasuistik sehr wesentlich zur Erweiterung der Kenntnisse über diese Krankheit bei. Riegler, der dieselbe Siderodromophobie nannte, huldigte darin, trotz einiger Hinweise auf den Einfluss des psychischen Moments, noch völlig den Anschauungen Erichsens, indem auch er noch organische Veränderungen, und zwar in den meisten Fällen eine Myelitis, als Grundlage der Erkrankungen annahm.

Im Beginn der 80er Jahre wurde dann von Walton, Oppenheim, Thomsen u. a. immer mehr das psychische Moment, der bei dem Unfall erlittene Schreck, in den Vordergrund gerückt und so an Stelle des railway-spine das railway-brain gesetzt. Die Krankheitserscheinungen sollten ihren Sitz nicht mehr ausschliesslich im Rückenmark, sondern auch im Gehirn haben, wofür gewisse Formen der Gefühlsstörungen sprachen, die ausserdem auch auf die funktionelle Natur dieser Zustände hindeuteten. Dass aber wenigstens ein Teil der Erscheinungen auf organischer Basis beruhe, das galt auch damals noch für sicher. —

Da war es Charcot, der zuerst die Annahme einer organischen Grundlage vollständig fallen liess und den funktionellen Charakter aller Symptome proklamierte. Für ihn ist nicht das Trauma die Hauptsache, sondern die damit einhergehende psychische Erschütterung; nicht organische Veränderungen sondern das Vorstellungsleben des Betroffenen sei die Quelle der Erscheinungen. Ausgehend von der Annahme einer Art Autosuggestion machte Charcot folgenden interessanten Versuch: Er hypnotisierte hysterische Personen und suggerierte ihnen Lähmungen und Anästhesien des einen oder andern Gliedes; und in der That gelang es

ihm, auf diese Weise, Lähmungs- und andere Krankheitserscheinungen hervorzurufen, die den auf traumatischem Wege entstandenen völlig ähnlich waren. Hatte Charcot damit den psychogenen Charakter der Erkrankung bewiesen, so ging er nun noch weiter: der Umstand, dass viele Erscheinungen bei Unfallkranken denen bei Hysterischen glichen, veranlasste ihn, dieses ganze Krankheitsbild in das Gebiet der Hysterie zu verweisen und ihm den Charakter einer besonderen Krankheit abzusprechen.

Dieser Auffassung trat Oppenheim in seiner 1889 erschienenen epochemachenden Monographie: „Die traumatischen Neurosen“ entgegen. In dieser Arbeit lieferte er an der Hand von 33 Fällen ein so umfassendes Material, wie es bis dahin noch nicht beigebracht worden war; und die Schilderung, die er auf Grund dieses Materials von der in Rede stehenden Krankheit entwarf, war so ausführlich und treffend, dass sie weitgehendste Bestätigung seitens anderer Beobachter fand.

Danach können die ursprünglichen Verletzungen von der verschiedensten Art und Schwere sein. Zuweilen sind es so heftige Erschütterungen des ganzen Körpers, dass die Erscheinungen der *Commissio cerebri* oder ein ausgeprägter Shok von stunden- oder tagelanger Dauer die Folge ist. Häufiger als hierzu kommt es zu einem kurzwährenden Stadium der Bewusstlosigkeit oder Benommenheit. In anderen Fällen wieder schliesst die Intensität des Traumas oder der Ort seiner Einwirkung von vornherein eine Gehirn- oder Rückenmarks-Erschütterung aus; endlich zeigt der Verunglückte in vielen Fällen zunächst überhaupt keine Krankheitserscheinungen, sondern kann seiner Beschäftigung in gewohnter Weise nachgehen.

In allen diesen Fällen liegt das Charakteristische nun darin, dass, nachdem die anfänglichen materiellen Folgeerscheinungen geschwunden sind und der Arzt nun berechtigt ist, eine völlige Wiederherstellung des Patienten anzunehmen, dieselbe trotzdem ausbleibt. An ihrer Stelle treten vielmehr, zuweilen erst nach Wochen und Monaten,

nervöse Störungen auf, die zunächst so unbedeutend sein können, dass sie weder vom Patienten noch vom Arzt beachtet werden, sich dann aber so steigern, dass sie den Betreffenden in seiner Arbeitsfähigkeit zu beschränken anfangen. Es geht nun eine eigentümliche psychische Veränderung in dem Kranken vor sich: Er wird melancholisch, misstrauisch, gereizt, unlustig zu jeglicher Beschäftigung und völlig energielos. Er empfindet Schmerzen, und zwar in Fällen, wo es sich um eine örtliche Verletzung handelt, in der von dem Trauma betroffenen Gegend; bei allgemeinen Erschütterungen in Rücken-, Lenden- oder Kreuzgegend. Diese Schmerzen steigern sich bei Bewegungen und zwingen so den Kranken, den betreffenden Körperteil möglichst zu fixieren. Dadurch kommt es zu Lähmungserscheinungen, die z. T. auf die Schmerzen, z. T. aber auf eine wirkliche konsekutive Parese zurückzuführen sind.

Weiterhin treten dann Schreckhaftigkeit, Angstzustände, Kopfschmerz, Schwindel, Mattigkeit und vor allem Schlaflosigkeit auf. Fast immer sind Sensibilitätsstörungen vorhanden, die alle das Gemeinsame haben, dass sie sich nicht an den Ausbreitungsbezirk eines bestimmten sensiblen Nerven halten. Die Sehnenreflexe sind sehr häufig gesteigert. Auch die Gehirnnerven werden ergriffen: Geruch, Geschmack, Gehör sind mehr oder weniger beteiligt, vor allem kommen hier aber die Sprach- und Sehstörungen, letztere in Gestalt der konzentrischen Gesichtsfeldeinengung, in Betracht. Als fast konstant kann man endlich noch die Störungen des Herz- und Gefäßnervensystems: die gesteigerte Pulsfrequenz und das Phänomen der Dermographie bezeichnen.

Oppenheim wies gegenüber der Ansicht Chareots darauf hin, dass viele der oben erwähnten Symptome: die vielen subjektiven Beschwerden, die Herabsetzung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit und besonders die alles beherrschende Melancholie nicht in den Rahmen der Hysterie passen. Da aber auch der Einreihung in andere bereits bekannte Krankheitsbilder eben solche Schwierig-

keiten entgegenstanden, so hielt sich Oppenheim für berechtigt, die angeführten Symptome unter einem gemeinsamen Begriff, dem der „traumatischen Neurosen“ zusammenzufassen, wobei er schon durch den Namen alle Unfall-Nervenerkrankungen auf organischer Basis ausschliesst und nur noch die rein funktionellen in den Bereich seiner Betrachtung zieht. Das Bild, welches Oppenheim von der traumatischen Neurose entworfen, war, wie gesagt, ein so ausführliches und zugleich erschöpfendes, dass es sich fortan in dieser Frage nicht mehr um Beibringung neuer Krankheitsymptome handelte, sondern lediglich um Bedeutung und Beurteilung der vorhandenen: um den Namen, die Entstehungsweise, die Objektivität oder Simulation der Symptome und endlich um die Behandlung und Prognose dieser Krankheit.

Der Name „traumatische Neurose“ wirkte bestechend und wurde, hauptsächlich auch infolge des Eintretens von Strümpell allseitig angenommen. Besonders dem praktischen Arzte musste es sehr willkommen sein, der oft schwierigen Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Neurasthenie überhoben zu sein und bei dem Chaos von funktionellen nervösen Störungen nach Unfällen ein geschlossenes Krankheitsbild zu haben, unter das er alle jene Symptome bringen konnte. Aber bald zeigte sich auch, welchen Schaden dieser Name gestiftet hatte: es wurde bei allen möglichen Nervenerkrankungen, selbst solchen auf ausgesprochen organischer Basis, lediglich weil sie nach einem Unfall aufgetreten sein sollten, die Diagnose auf traumatische Neurose gestellt. Nach diesen Erfahrungen wurde dann der Name wieder heftig bekämpft und man hat jetzt wohl allgemein das Bestreben, in jedem einzelnen Fall die spezielle Form der Erkrankung möglichst genau zu präzisieren und demgemäss von traumatischer Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie u. s. w. zu sprechen.

Nachdem auf dem internationalen Kongress zu Berlin und 1893 auf dem Kongress für innere Medizin in Wiesbaden über dieses Thema sehr eingehend verhandelt worden

war, insbesondere über die sogenannten „objektiven“ Symptome, als welche Oppenheim die Veränderung der Sehnenreflexe, Erhöhung der Puls- und Atmungsfrequenz, die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, die sensiblen Störungen und die Abnahme der Muskelkraft bezeichnet hatte, konnte Bruns als Ergebnis dieses jahrelangen Streites folgende als die im grossen und ganzen allgemein angenommene Anschauung bezeichnen: „Die sogenannten traumatischen Neurosen sind nicht Krankheitsbilder besonderer Art, sondern sie lassen sich alle unter die Namen auch sonst bekannter Neurosen subsumieren. Die wichtigsten sind: Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie und ihre Mischungen. Die Symptome aller dieser Krankheitsformen sind psychisch bedingt. Die sogenannten objektiven Symptome sind deshalb bei aller Wichtigkeit nur relativ objektiv. Die Simulation darf in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden, sie ist selten und sehr schwierig mit Sicherheit festzustellen.“

So schien endlich eine definitive Einigung über die Beurteilung dieser Erkrankungen erzielt worden zu sein, da veröffentlichte Strümpell im Jahre 1896 seine Arbeit: „Ueber Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken“, in der er seinen früheren Standpunkt fast völlig aufgab und damit den Streit aufs neue enfachte.

Hatte Oppenheim dem physischen Trauma insofern einen Einfluss auf die Entstehung der traumatischen Neurosen eingeräumt, als dasselbe vorübergehende Lähmungen oder anderweitige Störungen hervorrufen könne, die dann in dem Bewusstsein des Betroffenen gleichsam durch Autosuggestion stabilisiert würden, so spricht Strümpell dem Trauma überhaupt, sowohl dem physischen wie dem psychischen, jede Bedeutung ab und sieht die Quelle der Erkrankung in den Begehrungsvorstellungen und der allmählichen Umformung, die das Geistesleben des Kranken unter ihrem Einflusse erfährt. Die grösste Rolle spielt danach das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall; es komme alles darauf an, wie er denselben auffasst und beurteilt.

Werden die Kranken als geheilt entlassen und sollen sie nun ihre frühere Thätigkeit wieder aufnehmen, dann regen sich in ihnen die mannigfachen Zweifel und Wünsche: sie legen sich immer und immer wieder die Frage vor, ob denn wirklich alle Folgen des Unfalls dauernd beseitigt sind und ob sie nicht doch noch Ansprüche auf eine weitere Unfallrente erheben können. Jetzt tritt nach Strümpells Ansicht die Sorge um die völlige Wiederherstellung, die Unruhe wegen der ferneren Fortführung des Berufs, die Angst um die zukünftige Erhaltung der Familie etc. auf; hierzu kommt das Bestreben, aus dem Unfall möglichst grosse pekuniäre Vorteile zu ziehen, ein Bestreben in dem die Leute von Angehörigen und guten Freunden nur noch bestärkt werden. Alle diese Momente bewirken nun eine allmähliche krankhafte Umformung des gesamten Geisteslebens der Verletzten; sie werden melancholisch, hypochondrisch und legen jetzt den kleinsten Störungen eine übertriebene Bedeutung bei: Und nun wissen wir ja, dass z. B. die Vorstellung von einer vermeintlichen Bewegungsschwäche in dem vom Unfall betroffenen Körperteil die freie Einwirkung des normalen Willens hemmt und eine scheinbare Schwäche oder gar völlige Lähmung vortäuschen kann. Die Einbildung eines lebhaften Schmerzes wird durch das fortwährende Denken an denselben schliesslich so gesteigert, dass die Kranken den betreffenden Körperteil möglichst fixieren, wodurch nun wieder abnorme Haltungen, Kontrakturen u. s. w. hervorgerufen werden können.

Die Konsequenzen, die sich aus dieser Anschauung bezüglich des Einflusses des Vorstellungslebens, speziell der Begehrungsvorstellungen ergeben, zieht denn Strümpell auch, indem er die Kranken für die Entstehung der Neurose geradezu verantwortlich macht. Ebenso wie der Unfallkranke sich willig jeder nötigen ärztlichen Behandlung unterziehen muss, so dürfe auch verlangt werden, dass der Verunglückte auch in seinem psychischen Verhalten dem Unfall gegenüber die richtige Stellung einnimmt, dass er nicht von vorn herein darauf bedacht ist, wie er aus seinem Un-

fall Kapital für die Zukunft schlagen kann, dass er zunächst nicht an seine etwaige spätere Rente, sondern vor allem an die Wiederherstellung seiner Gesundheit und seiner Arbeitsfähigkeit denkt. Ständen die von einem Unfall Betroffenen stets auf diesem richtigen Standpunkt, dann würden sich zweifellos bei ihnen die psychischen Störungen ebenso selten entwickeln, wie bei den hundertfachen sonstigen Verletzungen, wo von solchen Nebengedanken keine Rede sein kann. „Man denke z. B. nur an die zahllosen z. T. recht schweren Kopfwunden bei den Studenten-Paukereien. Warum giebt es denn danach keine „traumatischen Neurosen“?“ „Wohin würde es führen, wenn man alle nach Unfällen entstehenden psychogenen Störungen ohne weiteres als notwendige und als unvermeidliche Folgen des Unfalls ansehen wollte?“ Entsprechend dieser Auffassung von der Mitverantwortlichkeit der Kranken fordert Strümpell vor allem, dass man denselben keine Zeit lasse, über ihren Zustand nachzugrübeln, sondern sie sobald wie möglich wieder an Arbeit gewöhne und ihrer Energielosigkeit und Willensträgheit nicht noch durch Gewährung hoher Renten Vorschub leiste.

Noch in demselben Jahre veröffentlichte Oppenheim seine Abhandlung: „Der Fall N.“, in der er die Ausführungen Strümpells entschieden bekämpft, besonders dessen Anschauung von dem Einfluss speziell des psychischen Traumas und von der Objektivität der Symptome der traumatischen Neurose.

Oppenheim behauptet, dass sowohl die Verletzung an sich, wie die sie begleitende psychische Erschütterung in der Mehrzahl der Fälle eine grosse Rolle spielt. So beantwortet er z. B. die Frage, weshalb denn bei Studentensuren keine traumatischen Neurosen auftraten, dahin, dass, abgesehen davon, dass solche Fälle thatsächlich vorkommen, gerade hierbei die von Strümpell unterschätzten, für das Zustandekommen der Neurose aber sehr wesentlichen Momente fehlen: sowohl eine stärkere mechanische Erschütterung des ganzen Körpers, wie auch die psychische

Erschütterung, da ja die Verwundung den Paukanten nicht unvorbreitet treffe. Er verkennt die Bedeutung der nach dem Unfall auftauchenden Vorstellungen auf die Entwicklung der Neurose nicht, bestreitet aber, dass dieselben vorwiegend in dem Bestreben gipfeln, aus dem Unfall möglichst Kapital zu schlagen. Wenn derartige Begehrungsvorstellungen gewiss auch zuweilen vorhanden sind, so können sie doch nie die Krankheitssymptome ins Leben rufen, die wir als die Zeichen der traumatischen Neurosen ansehen. Die Vorstellung gelähmt zu sein, könne allerdings bei Nervenkranken eine Lähmung, die Vorstellung, nicht zu fühlen eine Anästhesie erzeugen, aber die Vorstellung eine Rente beanspruchen zu dürfen, könne doch weder eine Hemianalgesie, Cyanose, Atrophie und dergl. hervorrufen, Dinge die dem Verständnis des Laien, zumal des ungebildeten Arbeiters, doch völlig fern liegen. Die Begehrungsvorstellungen können Anlass zum Querulieren geben, sie mögen hier und da, wenn sie nicht befriedigt werden, eine krankhaft erscheinende Verstimmung und Gereiztheit hervorbringen, die Krankheitsbilder aber, die wir als traumatische Neurose bezeichnen, lassen sich nicht von dem Wirken einer derartigen Vorstellung ableiten.

Ausserdem kommen aber thatsächlich, wie bereits oben angedeutet, traumatische Neurosen auch da vor, wo das Unfallversicherungs-Gesetz nicht in Frage kommt, wie z. B. bei Offizieren, Beamten, Schülern etc.; bei diesen kann also von Bestrebungen, die auf einen Vermögensvorteil hinzielen, füglich nicht die Rede sein. — Nach alledem kommt Oppenheim zu dem Schluss, „dass wir es bei den traumatischen Neurosen mit wirklichen durch die Verletzung verursachten, die Erwerbsfähigkeit mehr oder weniger beeinträchtigenden Krankheitserscheinungen zu thun haben.“

Dann wendet er sich gegen die Ausführungen Strümpells bezüglich der sogenannten objektiven Symptome. Derselbe hatte erklärt, die Anästhesien und die Gesichts-

feldeinengung sei ein Produkt der Suggestion; selbst die Pulsbeschleunigung, die *Arythmia cordis*, das Mannkopf'sche Symptom (die Erscheinung, dass Druck auf die schmerzhafte Stelle eine Beschleunigung des Pulses erzeugt) könnten auf die Bedeutung objektiver Zeichen keinen Anspruch machen, da sie auf den Bewusstseinszustand des Kranken, also auf einen psychogenen Ursprung zurückzuführen seien. Sie seien ausserdem auch ohne Belang, da sie ja die Arbeitsfähigkeit des Betreffenden nicht einschränken.

Dagegen ist aber einzuwenden, dass die objektiven Symptome im Gegensatz zu den subjektiven Beschwerden des Patienten stehen; dass wir bei letzteren einzig und allein auf die Angaben des Kranken angewiesen sind, während wir erstere mit unseren Sinnen resp. Untersuchungsmethoden nachweisen und kontrollieren können. Treffend bemerkt Oppenheim, dass, wäre die Strümpell'sche Ansicht richtig, es in der Psychiatrie z. B. überhaupt keine objektiven Symptome gäbe; deshalb vertritt er die Ansicht, dass auch krankhafte seelische Vorgänge sich durch objektive Symptome verraten können. Dieselben sollen auch garnicht bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit in Frage kommen, sondern nur für die Entscheidung verwertet werden, ob überhaupt eine Krankheit vorliegt, oder eine solche nur simuliert wird.

Es ist ferner eingewendet worden, dass diese Symptome häufig erst durch die wiederholte Untersuchung und die darauf hinzielende Fragestellung des Arztes hervorgerufen, dem Kranken gewissermassen suggeriert würden. Wenn man dies für manche Fälle auch zugeben muss, so sind die Symptome doch auch da noch insofern von Wert, als sie dann eben eine Veränderung des Centralnervensystems in Gestalt einer abnormen Reizbarkeit, einer gesteigerten Suggestibilität beweisen; ganz abgesehen davon, dass es doch vollkommen der Vorstellung des Laien widerspricht, z. B. gerade an den Körperstellen gefühllos zu sein, an denen er eine abnorme Schmerzhaftigkeit empfindet.

Auf die weitere, überaus umfangreiche Litteratur über

traumatische Neurosen, auf die Arbeiten von Saenger und anderen Autoren näher einzugehen, muss ich mir hier versagen. Ich beschränke mich vielmehr darauf im Folgenden drei Fälle traumatischer Neurosen bzw. Psychosen aus der gerichtsärztlichen Praxis des Herrn Professor Dr. Strassmann mitzuteilen, von denen namentlich die beiden ersten meines Erachtens ganz erheblich zu Gunsten der Anschauungen Oppenheims ins Gewicht fallen. Durch die genaue Untersuchung der bei ihnen vorhandenen Sprachstörungen, für die ich Herrn Dr. H. Gutzmann zu besonderem Dank verpflichtet bin, dürften dieselben ein mehr als gewöhnliches Interesse besitzen.

Fall I.

R., 42 Jahr alt, Fuhrherr, ist seit 17 Jahren mit der Droschke gefahren und bis zu dem Unfall gesund und vollkommen erwerbsfähig gewesen. Eine hereditäre Belastung, speziell in psychischer oder nervöser Hinsicht konnte nicht festgestellt werden. R. hat stets sein gutes Auskommen gehabt und leugnet je an sexuellen Krankheiten gelitten zu haben. Bezüglich des Alkoholgenusses giebt er an, täglich 2—4 Glas Bier und 1—3 Schnäpse getrunken zu haben; ausserdem hat er 5—6 Cigarren geraucht. Seit 1896 ist er verheiratet, der Ehe entspross ein früh verstorbenes Kind.

R. verunglückte nun am 27. Mai 1896 dadurch, dass seine Droschke von einem Pferdebahnwagen angefahren und er dabei vom Bock geschleudert wurde, worauf er das Bewusstsein verlor. Als er nach einiger Zeit wieder zu sich kam, wollte er nach seinem Pferd rufen, konnte aber nicht. Er wurde noch an demselben Tage ins Krankenhaus gebracht, wo er die deutlichen Symptome einer Gehirnerschütterung und einer Brustquetschung zeigte. Er hat auch dort während der ersten acht Tage nicht ordentlich sprechen können, indem es ihm nicht möglich war, die einzelnen Silben zusammenzubringen. Als R. am 20. Juni desselben Jahres entlassen wurde, bot er keine Krankheitserscheinungen mehr dar.

Bald darauf aber traten bei ihm Beschwerden auf in Gestalt von Brustschmerzen und Schwindelgefühl, das ihn besonders dann belästigte, wenn er mit seinem Wagen ins Gedränge kam. Er bemerkte ferner auch, dass sich Störungen beim Sprechen einstellten. — Am 14. Juli konsultierte er Dr. X., welcher leichtes Reibegeräusch der linken Brustseite und ungeordnete Herzthätigkeit konstatierte, weshalb er trotz des Fehlens sonstiger objektiver Symptome die Klagen R.'s für glaubwürdig hielt. Derselbe blieb bis zum 17. Januar 97 in seiner Behandlung, während welcher Zeit sich sein Zustand nicht wesentlich geändert hatte.

Ich selbst habe den R. am 18. Oktober 97 gelegentlich seiner Untersuchung durch Herrn Prof. Strassmann zum ersten Mal gesehen; das Ergebnis der damaligen Untersuchung stimmt mit der von mir erst kürzlich wieder vorgenommenen in allen wesentlichen Punkten überein, sodass es genügen dürfte, das Resultat der letzteren anzugeben.

Ausser den schon erwähnten näheren Umständen bei dem Unfall selbst, giebt R. weiter Folgendes an: Er habe sich, als er aus dem Krankenhaus entlassen wurde, ziemlich wohl gefühlt, doch sobald er wieder seiner gewohnten Beschäftigung nachging, setzten die Beschwerden ein, die bis heute in gleicher Weise bestehen geblieben sind und ihn unfähig machen, seinen Beruf auszufüllen. Er klagt vor allem über schmerzhaftes, stechendes, kriebelnde Sensationen im Kopf, zumal unter dem Scheitel, die sich besonders steigern, wenn er sich bückt, wenn er zu lesen versucht oder wenn er im warmen Zimmer ist, wobei er dann das Gefühl habe, als ob das Blut zum Kopf heraus wolle. Er ist reizbar und unruhig geworden, sein Gedächtnis ist schwächer, er verträgt nur noch sehr wenig alkoholische Getränke. Seine Neigung zum sexuellen Verkehr ist beträchtlich herabgesetzt. Ihm ist ängstlich zu Mute, besonders wenn er über einen Platz oder über eine Strasse geht; er fürchtet überfahren zu werden, auch wenn der Wagen noch weit entfernt ist, und es ist ihm erst wieder wohl, wenn er sich auf dem Bürgersteig befindet

(Agoraphobie). Eine ebensolche Angst vor Zusammenstößen hatte er bei seinen Versuchen zu fahren; es wurde ihm dann schwindlig und es fimmerte alles vor den trübe gewordenen Augen, wobei er dann das Gefühl hatte, als müsste er „alles zusammenfahren“. Auch sonst treten öfters und zwar besonders vormittags Schwindelanfälle auf. Die Schmerzen in der linken Brustseite bestehen noch fort; sie treten sowohl beim Fahren als auch beim Nichtfahren ein, sind aber bei ersterem besonders auf holperigem Pflaster schlimmer.

Die objektive Untersuchung hatte folgendes Resultat, wobei ich die Befunde, soweit sie normal sind, übergehen will.!

R. ist ein untersetzter, kräftig gebauter, breitschultriger Mann. Stark entwickelter Panniculus adiposus, Gesicht gerötet. An der Wirbelsäule besteht eine erhebliche Verkrümmung (Kypho-Skoliose), derentwegen der Patient auch nicht Soldat geworden ist.

Bei der physikalischen Untersuchung der Brustorgane findet man links in der Axillarlinie bei tiefen Atemzügen feinblasiges Rasseln. Herzdämpfung nicht vergrößert, man zählt in der Minute 96 regelmässige Pulse. — Die Pupillenreaktion ist beiderseits vorhanden; in den Augenlidern bemerkt man häufiges Zucken. Die Prüfung des Gesichtsfeldes ergibt auf beiden Seiten starke Einengung, die am grössten nach oben ist, wo sie rechts 25° , links 22° beträgt. Die Geruchsempfindung ist links etwas herabgesetzt. Was das Gehör betrifft, so wird eine Taschenuhr rechts bis auf 50 cm, links nur bis auf 25 cm wahrgenommen. Der Geschmack für Essig und physiologische Kochsalzlösung ist auf der vorderen wie hinteren Partie der Zunge abgestumpft; dieselbe wird zitternd und nicht ganz gerade herausgestreckt. Der Gang ist steif, bei geschlossenen Augen kein Schwanken, die ausgestreckten Hände zittern stark. Die Patellar-Reflexe sind sehr, Bauch- und Cremaster-Reflex etwas verstärkt. Leichter Fussklonus und Tricepssehnen-Reflex beiderseits vorhanden. Die Schmerzempfindung ist

auf beiden Seiten, besonders aber am rechten Arm stark herabgesetzt. Man kann eine Hautfalte mit der Nadel durchstechen, ohne dass der Patient schmerzhaft darauf reagiert. Zieht man mit dem Stiel des Perkussionshammers über die Haut an Brust und Bauch, so bilden sich rote Striche, die während der ganzen Dauer der Untersuchung bestehen bleiben. Sonst ist die Sensibilität nicht wesentlich herabgesetzt; dagegen erscheint die Leitung etwas verlangsamt. Die grobe motorische Kraft ist besonders in den Armen vermindert. Das ganze Wesen des Patienten trägt den Charakter der psychischen Depression. Einmal trat während der Untersuchung ein Schwindelanfall ein, wobei R. halb vom Stuhle sank und etwas schwitzte.

Eine auffallende Veränderung trat ferner bezüglich seiner Sprache ein, die vordem vollkommen geläufig gewesen sein soll.

R. hatte, wie bereits oben erwähnt, 8 Tage lang nach seinem Unfall nicht ordentlich sprechen können. Indessen war diese Erscheinung bei seiner Entlassung völlig geschwunden. Bald darauf bekam er aber an einem sehr heissen Tage einen Ohnmachtsanfall, und von da ab bemerkte er, dass er, wenn er lange sprach, zu stottern anfing.

Die Sprache macht nun zuerst einen scandierenden, rhythmischen Eindruck, wenn man jedoch näher hinsieht, so erkennt man, dass dieser Eindruck dadurch hervorgerufen wird, dass der Patient mit grosser Anstrengung die Worte einzeln herausstösst. Das Sprechen an sich ruft bei ihm ganz deutlich eine schnelle Ermüdung hervor. Beim Vorlesen bringt er es nur auf ungefähr 5 Minuten; sodann thränen ihm die Augen, die Spasmen, von denen gleich die Rede sein soll, werden stärker und die Pausen zwischen den einzelnen abgerissenen Worten länger, weil die Atmung allmählich erschöpft wird und schliesslich ganz versagt. Bei dem wortweisen Sprechen wird jedes Wort mit einem gewissen Stoss, einer Explosion hervorgebracht; manchmal sogar jede Silbe. Dabei macht der Patient zwischen den einzelnen Sprechproduktionen Pausen, die

mehr oder weniger lang ausfallen. Man konnte durch die Aufnahme mit dem Marey'schen Pneumographen feststellen, dass der Patient fast vor jedem Wort Atem holt, so dass eine eigentliche Sprechatmungskurve nicht existiert. Auf die sonstigen Störungen will ich gleich näher eingehen. Beim Flüstern, also beim Sprechen ohne Stimme, sind die Spasmen ebenso stark wie beim lauten Sprechen. Von grosser Bedeutung ist nun ihre Form.

Die Spasmen finden sich:

1. In den Artikulationsorganen. Grosse Schwierigkeiten machen dem Patienten die Reibelaute f und w, ausserdem aber fast alle Verschlusslaute; b, p, d, t, g und besonders k. Recht häufig wird auch bei dem sch am Anfang des Wortes gestottert. Die Spasmen an den einzelnen Artikulationsstellen, also an den Lippen, der Zungenspitze und am Zungenrücken resp. Gaumen sind vollständig gleich den Spasmen, wie wir sie bei den Stotterern finden; und zwar sind sie bei dem Patienten im wesentlichen tonisch, d. h. nach einer länger dauernden krampfhaften Einnahme der Artikulationsstellung erfolgt das Wort. Nur ab und zu, so besonders bei p und k hört man vor der Aussprache des Wortes öfter p-p-p oder k-k-k, also tonlose klonische Spasmen. Von Interesse ist es, dass manchmal der Expirationsdruck infolge des lang anhaltenden klonischen Verschlussspasmus bei den Verschlusslauten so stark wird, dass der Schluss des Gaumensegels an der hinteren Rachenwand überwunden wird und man im Beginn des Wortes ein deutliches schnarchendes Nasengeräusch vernimmt. Auch dieser Befund ist typisch bei den Artikulationsstotterern.

2. Im Stimmorgan. Bei den Vokalen wird ebenfalls stark angestossen, besonders bei a, o und u, und zwar sind die Spasmen dabei manchmal tonisch, manchmal klonisch. Will R. also das Wort „Abend“ sagen, so spricht er entweder so, dass er vor dem Beginn des Wortes eine Weile die Stimmbänder geschlossen hält und nun mit einem gewissen gequetschten Stimmanfang das a schliesslich her-

ausbringt, oder er macht mehrere kurze Glottisexplosionen vor dem eigentlichen Vokalanfang, gleichsam kleine spastische Hustenstösse. Dieselben sind manchmal tönend, manchmal tonlos. Veranlasst man den Patienten einen Vokal z. B. a länger ausgedehnt zu sprechen, so schwankt die Stimme, und mitten im Tönen derselben erfolgen spastische Unterbrechungen, ein Zeichen davon, dass die schnelle Ermüdung bei dem Patienten stets die Spasmen verstärkt. Die Dauer der Ausatmung hierbei ist ausserordentlich kurz; sie beträgt, selbst wenn der Patient sich sehr anstrengt, kaum 5 Sekunden, meistens versagt sie bereits nach 2—3 Sekunden. Bei den Spasmen ist die typische Art des Stimmspasmus, die man bei Stotterern auch findet, als wahrscheinlich anzunehmen, d. h. die Stimmbänder werden stark aneinander gepresst und die Taschenbänder schliessen sich oberhalb derselben, während sich der Kehldeckel oben herüberlagert. Das ist das Bild des Pressverschlusses. Erfahrungsgemäss lässt sich dieses Bild laryngoskopisch bei Stotterern nur sehr selten feststellen; in den Fällen jedoch, wo man das Stottern wirklich laryngoskopieren konnte, hat man es öfter beobachtet. Da der Patient sehr leicht erregbar ist, so wollten wir die laryngoskopische Untersuchung nicht machen.

3. Im Atmungsorgan. Die Sprechatmung ist, wie schon mehrfach bemerkt, ausserordentlich kurz. Wegen der Kürze der Expiration bringt er in eine solche nie mehr als ein bis höchstens zwei Worte; dabei ist die Expiration so stossend, dass man sieht, wie er mit aller Gewalt das Wort hervorschleudert. Mitten im Sprechen zeigen sich aber auch oft neben den gewöhnlichen Inspirationen noch kurz zuckende spastische Inspirationen, die manchmal den Eindruck einer sakkadierten Inspiration machen. Wir haben von seiner Sprechatmung eine Kurve (Fig. 2) aufgenommen, in der recht deutlich diese Erscheinungen während des Sprechens zu beobachten sind. Man vergleiche mit der dort gewonnenen Kurve eine normale Sprechkurve (Fig. 1), dann sieht man bei letzterer,

wie auf die ruhige Atmung ausserhalb des Sprechens (R) die Sprechatmung (Sp) so folgt, dass nach einer gewöhnlichen Einatmung (J) die Ausatmung (E) ausserordentlich verlängert erscheint. Die Expiration ist hierbei der Träger des Gesprochenen und geht gleichmässig mit der fortschreitenden Sprache aus der Lunge heraus. Auf diese Weise entsteht eine langgestreckte Expirationskurve, der eine Inspiration folgt, woran sich wieder eine langgestreckte Expirationskurve anschliesst. An letzterer selbst sieht man einige Höcker, die durch die verschiedene Kraft, mit der die einzelnen Worte gesprochen werden, hervorgerufen sind.

Ganz anders ist die Kurve bei dem Patienten ausgefallen. Hier zeigte sich, dass von einer normalen Sprechatmungskurve überhaupt nichts vorhanden ist; im Gegenteil sieht man bei der Kurve recht deutlich, dass sie ausserhalb des Sprechens, wenn auch nicht ganz ruhig und gleichmässig, so doch im Verhältnis viel ruhiger ist als beim Sprechen selbst (Fig. 2 R u. Sp). Besonders sei noch auf die schon erwähnten sakkadierten spastischen Inspirationen während des Sprechens (i. Z.) hingewiesen, die den Eindruck der Gesamtkurve noch unruhiger machen.

Die psychischen Erscheinungen beim Sprechen sind z. T. in dem Bisherigen schon geschildert. Patient ist sehr leicht erregbar, und in der Erregung steigert sich die Sprachstörung. Er ermüdet ferner sehr leicht; schon bei der einfachsten Untersuchung zeigt sich nervöse Aufregung mit nachfolgender Erschlaffung. Nach einem stärkeren Sprachspasmus ist die Atmung auch beim Nichtsprechen deutlich psychisch alteriert. Eine ganz erhebliche derartige Alteration zeigt sich in Fig. 2 bei U.

Das schwerfällige stossweise Sprechen, bei dem die Worte einzeln schleppend herausgebracht werden, erinnert lebhaft an die nicht seltene Bradyphasie. Die Spasmen sind, wie das schon mehrfach hervorgehoben wurde, vollständig gleich denjenigen, die wir beim Stottern beobachten. Wenn man also diese Sprachstörung nach ihren äusseren

Erscheinungen mit einem zusammenfassenden Namen belegen wollte, so würde man sie als „spastische Bradyphasie“ bezeichnen müssen, die hier zweifellos eine Folge des Unfalls ist. —

Nach diesem Ergebniss der Beobachtung zeigt R. (wie bereits Herr Prof. Strassmann in seinem Gutachten ausführte, und wie ich auf Grund meiner erneuten Untersuchung nur wiederholen kann) das Bild der Neurasthenie, der nervösen Schwäche, wie sie sich nach Unfällen, besonders solchen, die mit Gehirnerschütterung oder mit lebhaftem Schreck verbunden sind, nicht selten einstellt und als „traumatische Neurasthenie“ bezeichnet wird. Eine Simulation ist auszuschliessen, besonders deshalb, weil der Patient objektive Symptome eines anomalen Nervensystems zeigt, die unter keinen Umständen simuliert werden können. In erster Reihe ist hierbei das geschilderte Symptom der Dermographie und die Sprachstörungen zu nennen. Eine etwaige Uebertreibung einzelner Beschwerden lässt sich nicht mit gleicher Sicherheit ausschliessen; das liegt daran, dass wir gerade bei dieser Krankheit zum grossen Teil auf die subjektiven Angaben der Patienten angewiesen sind und dass wir die Grösse der Beschwerden objektiv nicht kontrollieren können. Da sich indessen irgend ein Anhaltspunkt für eine solche Uebertreibung bei der eingehenden Untersuchung des R. nicht ergeben hat, so dürfte um so eher ein Rückschluss von den nachgewiesenen objektiven Symptomen auf die unkontrollierbaren Beschwerden gestattet sein, und man wird demgemäss seine Angabe, dass er infolge seines Leidens vollkommen erwerbsunfähig ist, für glaubwürdig halten müssen.

Dass der krankhafte nervöse Zustand des R. nun durch die erlittene Verletzung herbeigeführt worden ist, lässt sich auf Grund der Untersuchung allein nicht behaupten; die Möglichkeit einer anderweitigen Entstehung ist an sich zuzugeben, wenn aber der Patient thatsächlich bis zu dem Unfall vollkommen gesund gewesen und seitdem erwerbsunfähig geworden ist, so wird man, da der Unfall einen

solchen krankhaften Zustand herbeiführen konnte, den ursächlichen Zusammenhang für gegeben ansehen müssen. —

Fall II.

N., Kaufmann, 35 Jahr alt. Sein Vater ist an Altersschwäche, seine Mutter im Alter von 60 Jahren an Lungenentzündung gestorben. Hereditäre Belastung liegt nicht vor; auch für Syphilis und Trunksucht hat die Untersuchung keinen Anhaltspunkt ergeben.

N., der bis zu dem Unfall völlig gesund und erwerbsfähig war, verunglückte am 17. Juni 1887 bei dem Eisenbahnezusammenstoß in Wannsee; er sass bereits im Zuge, als er sah, wie ein zweiter Zug von der Seite, vom Nebengeleis her, in den ersten hineinzufahren drohte. N. sprang auf, um sich zu retten, da erfolgte auch schon der Zusammenstoß: N. sah nur noch, wie der Boden seines Wagens auseinanderbarst, fühlte im selben Augenblick einen heftigen Schlag auf den Hinterkopf und verlor dann die Besinnung. Er hat bei dem Unfall Hautabschürfungen sowie Quetschungen, besonders der rechten Körperhälfte, erlitten und ist zunächst im Augusta-Hospital, weiterhin in verschiedenen Nerven-Heilanstalten behandelt worden.

Schon im Attest des Augusta-Hospitals vom 9. Juli 1887 wird angeführt, dass N. seit der erlittenen Erschütterung des Central-Nervensystems noch sehr an Nervosität leidet. Im Herbst 1888 wurde er dann von dem Medizinalrat Dr. L. zwecks Herbeiführung eines Vergleichs mit dem Eisenbahnfiskus untersucht.

Zu dieser Zeit klagte N. über dumpfen Druck gegen die Schädeldecke und die Stirnwand; zeitweise träte vor den Augen ein Perlenregen auf mit dem Gefühl, als wenn ein Dampfer arbeitet“. Er klagte ferner über häufigere Heiserkeit, Gedächtnisschwäche und dumpfen Schmerz im Rücken, der in die Arme und Beine ausstrahle, so dass diese öfters einschlafen. Weiter habe er manchmal beim Gehen die Empfindung als wenn er am Rücken festge-

halten würde; beim Liegen als wenn er in die Länge gezogen würde, beim Aufwachen als könne er die Beine nicht bewegen. Es durchzittere ihn öfters, er sähe zeitweise Personen und Rauch, wo nichts vorhanden sei; er sei schlaflos, werde durch Geräusche und Strassenlärm erregt und ganz haltlos. Häufig fühle er, wie ihm das Blut zu Kopf steige, und es sei ihm dann, als ob ihm die Sinne vergingen.

Objektiv konstatierte der Sachverständige schlaffe Muskulatur, gerötete, warme Gesichtshaut, Schwanken bei geschlossenen Augen, Fehlen der Kniereflexe, beiderseits herabgesetztes Empfindungsvermögen, gleichmässige Pupillenreaktion; Blutstauung im Augenhintergrunde und in den Schleimhäuten des Mundes und Rachens; kleinen, nicht frequenten, öfters stockenden Puls; Tieferstand der rechten Brustkorbhälfte um 1—2 cm und kürassartige Hebung der Brust bei der Atmung.

Das Gutachten wurde dahin abgegeben, dass N. infolge seines Unfalls auf nicht absehbare Zeit völlig erwerbsunfähig sei.

Die daraufhin dem Patienten gewährte Rente und Heilungskosten-Entschädigung, einschliesslich der Kosten für bessere Pflege, wurde ihm in neuerer Zeit auf Grund eines Gutachtens des Dr. Sch. bzw. des Prof. M. vom 19. Nov. 1896 gekürzt. Dasselbe ist erstattet worden, nachdem N. einige Zeit in der M.schen Klinik beachtet worden ist.

Von den hier angegebenen Beschwerden sei hervorgehoben, dass er über zeitweise auftretenden Schmerz im Hinterkopfe klagte. Er habe zuweilen das Gefühl, als ob in seinem Kopf etwas platze und als ob er mit Sand begossen würde; danach empfinde er dann mehrstündige Schwäche in den Beinen. Er sei deprimierter Stimmung, weinerlich und reizbar. Oefters fehlten ihm die Worte, auch verliere er bei der Unterhaltung den Faden; er habe Zweifelzustände (*Folie du doute*). Die Stimme sei höher geworden, und die Füsse seien ständig kalt.

Das Ergebnis der objektiven Untersuchung deckte sich im wesentlichen mit derjenigen des Dr. L. vom Jahre 1888. Als neu hinzugetretene Symptome seien erwähnt eine stark ausgeprägte Dermographie, unvollkommener Schluss der Stimmbänder und alimentäre Glykosurie. In psychischer Beziehung machte sich häufig Unbesinnlichkeit und reichlicher Thränenfluss geltend.

Das Gutachten ging dahin, dass der Kläger infolge des Unfalls an Hystero-Hypochondrie leide; er könne indessen gewisse ganz leichte Beschäftigungen verrichten, wie z. B. das Bekleiden einer Aufseherstelle in einem Betriebe, das Verrichten von kurzen Geschäftsgängen, Abschreiben in beschränktem Masse. Ob er allerdings eine Stelle mit solcher Thätigkeit finden würde, erschiene ja fraglich; immerhin aber müsse seine restierende Arbeitsfähigkeit noch auf 25% geschätzt werden.

N. hatte demgegenüber nun ein Gutachten der Aerzte des Sanatoriums zu Gross-Lichterfelde eingereicht, welche ihn vom 17. Mai 1897 an mehrere Wochen hindurch beobachtet haben. Dieselben führen an, dass N. über die mannigfachsten Beschwerden klage, die zwar etwas schwankten, aber ihn nie ganz verliessen und es ihm unmöglich machten, sich längere Zeit zu beschäftigen.

Hervorgehoben seien seine Klagen über häufigen Drang zum Urinieren und die Schwächung seiner Potenz. Die Untersuchung ergab u. a. noch beträchtliche concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, starkes Zittern der Zunge, stockende Sprache und Suchen der Worte, dabei Mitbewegungen in den Muskeln des Gesichts und der Arme. Die Pulsfrequenz schwankte zwischen 84 und 108 Schlägen. N. war still und in sich gekehrt, und am liebsten allein. Er zeigte kein Zutrauen zu seiner Umgebung; zeitweise traten ausgesprochene Verfolgungsvorstellungen auf. Er war schwerfällig im Denken, rechnete schlecht und vergass ihm naheliegende Dinge.

Die Gutachter schliessen Simulation aus und finden seinen Krankheitszustand, besonders auf psychischem Ge-

biet, so erheblich, dass sie ihn für völlig erwerbsunfähig erachten.

Ich habe den N. zum ersten Mal im November 1897 gesehen, als er Herrn Professor Strassmann zur Begutachtung überwiesen wurde. Auch damals brachte er im wesentlichen dieselben Beschwerden vor wie bei den früheren Untersuchungen. Vor allen klagte er über heftige Kopfschmerzen, die des morgens am schlimmsten seien; es poche dabei im Kopf „wie in einer Wasserflasche“. Er beschäftige sich etwas im Garten, habe dabei aber keine Ausdauer. Beim Lesen finge die Schrift nach kurzer Zeit an zu rennen; ferner sehe er häufig grosse gelbe und schwarze Vierecke vor den Augen. Seine trübe Stimmung würde immer schlimmer, sein Schlaf sei dauernd schlecht und von schweren Träumen gestört, in denen er sich in Lebensgefahr wähne. Er klagt über Schwäche im Kreuz; das linke Bein erlahme beim Gehen sehr bald, überhaupt sei die linke Körperhälfte schwächer als die rechte. Es besteht Kriebeln und Ameisenlaufen an den Fusssohlen, er hat ferner das Gefühl als ob ein Strang vom Hinterkopf durch die linke Körperhälfte hindurch geht. Weiterhin bestehen Herzbeklemmungen und öfters Schwindelanfälle, wegen deren er auf der Strasse nicht allein gehen könne. Der sexuelle Trieb sei erloschen. Bei der Untersuchung erschien der Patient weinend und brach auch noch während derselben wiederholt in Thränen aus; er rang die Hände und äusserte öfters die Befürchtung, der Eisenbahn-Fiskus wolle ihn vernichten; man verfolge ihn bis in fremde Familien und habe Unterschriften gegen ihn sammeln wollen.

N. ist ein kräftig gebauter Mann von mittlerer Grösse, gut genährt, das Haar schon leicht ergraut. Seine Antworten erfolgen zögernd und mit Fistelstimme. Das Gesicht ist gerötet und zeigt erweiterte Blutgefässe; es besteht Zucken der oberen Augenlider, feinschlägiger Tremor in der Zunge und den Händen, geringes Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Man zählt 122 regel-

mässige Pulse in der Minute, es besteht deutliche Dermographie. Die Pupillen reagieren prompt, die Kniereflexe sind deutlich herabgesetzt, der Kremaster-Reflex ist links schwächer als rechts. Die Sensibilitätsprüfung ergab, dass am linken Arm und linken Bein die Schmerzempfindlichkeit wie die Sensibilität für feinere Berührungen schwächer ist als rechts. Das Lokalisationsvermögen ist an der Brust herabgesetzt. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes ergab erhebliche konzentrische Einengung beiderseits. —

N. erschien in Begleitung seiner Frau; er hat diese, eine Jugendfreundin, vor zwei Jahren geheiratet, da er seit dem Tode seines Vaters ganz allein war. Die Frau macht die gleichen Angaben wie er selbst; sie führte speziell noch an, dass er sich wegen seiner grossen Empfindlichkeit gegen Geräusche in seiner Wohnung habe Doppelthüren machen lassen. Auf der Strasse könne man kaum mit ihm gehen, weil er sehr aufgereggt werde, sobald ihm nur ein Vorübergehender streift. Diese nervöse Erregbarkeit sei so bedeutend, dass er z. B., sobald er den Briefträger klingeln hört, aus Furcht vor einer unangenehmen Nachricht bezüglich seines Prozesses Diarrhoe bekommt. Wenn er irgend etwas vorhabe, z. B. mit seiner Frau fortzugehen oder einen Besuch zu machen, so stellten sich bei ihm, sobald die festgesetzte Zeit herannaht, Würghbewegungen ein, die bei leerem Magen zu Erbrechen von Schleim, im andern Falle zu Erbrechen von Speiseresten führen, wobei er bei letzterem weniger unter den Würghbeschwerden zu leiden hat.

Herr Professor Strassmann gab sein Gutachten nun dahin ab, dass N. an einer schweren Erkrankung des Central-Nervensystems leidet, die mit dem Unfall vom Jahre 1887 in ursächlichem Zusammenhang steht und ihn völlig erwerbsunfähig gemacht hat. Hierauf, wie auf die Sprachstörungen, die auch bei diesem Patienten sehr interessante Erscheinungen darbieten, komme ich weiter unten noch zurück.

Zunächst ist auf dieses Gutachten hin Ende Januar

dieses Jahres der schwebende Prozess endgiltig zu Gunsten N.'s entschieden, und ihm die volle Rente zugesprochen worden. Was nun die Wirkung dieses günstigen Ausganges auf den weiteren Verlauf der Krankheit betrifft, so ist gerade dieser Fall im Hinblick auf die Ausführungen Strümpells von grossem Interesse.

Strümpell behauptet ja, wie schon ausgeführt worden ist, dass die Beschwerden zum allergrössten Teil auf die Begehrungsvorstellungen zurückzuführen sind, eine Ansicht, die er u. a. auch hauptsächlich damit stützt, dass nach Befriedigung der Rentenansprüche sehr häufig in dem Befinden der Verletzten eine baldige und auffallende Besserung eintritt, weshalb er denn auch gegen die Gewährung hoher Renten ist, um nicht dadurch diese Leute in ihrem unberechtigten Bestreben noch zu bestärken. Ich habe nun Gelegenheit gehabt, den N. im April nochmals genau zu untersuchen, wobei ich nur konstatieren konnte, dass sein Zustand im wesentlichen noch derselbe war wie im Herbst, abgesehen natürlich von einigen Abweichungen wie sie auch zwischen den angeführten früheren Gutachten bestehen und wie sie bei der Mannigfaltigkeit der Beschwerden nur natürlich sind.

Zuletzt habe ich den Patienten vor ganz kurzer Zeit, am 15. und 18. d. M. gesehen, an welchen Tagen er zwecks genauerer Untersuchung seiner Sprachstörungen von Potsdam, seinem jetzigen Wohnort, hierher kam. Es sind jetzt seit meiner ersten Untersuchung neun, seit der definitiven günstigen Regelung seiner pekuniären Verhältnisse sechs Monate vergangen, aber in seinem Zustand ist eher eine Verschlimmerung statt der zu erwartenden Besserung eingetreten. Auch jetzt war er nicht im Stande, die Fahrt hierher allein zu unternehmen; beide Male musste ihn vielmehr seine Frau begleiten, und beide Male stellte sich, sobald die Stunde der Abfahrt nahte, das oben geschilderte Erbrechen ein. Auch die Durchfälle beim Erscheinen des Briefträgers bestehen noch fort. Seine Frau klagte mir, dass sie all ihre Hoffnung auf den günstigen Ausgang des

Prozesses gesetzt hätte, sich jetzt aber schwer enttäuscht sähe; es sei gar nichts mehr mit ihrem Manne anzufangen. Dieser selbst erzählte mir, dass er sich jetzt bedeutend schlechter fühle wie früher; damals hätte er doch immer noch wenigstens einige Stunden am Tage gehabt, wo er frei von Beschwerden war, das sei nicht mehr der Fall; er sei vielmehr seit Beendigung seines Prozesses erst recht „zusammengeklappt.“

Und dieser Zustand war zu konstatieren, obgleich N. jetzt in der Lage ist, nicht nur sorgenlos, sondern auch seiner früheren Lebensstellung entsprechend zu leben und obgleich er soeben erst von einem zweimonatlichen Erholungsaufenthalt im Harz zurückgekehrt ist! Es wären also alle Momente gegeben, um eine Heilung oder doch Besserung der subjektiven Beschwerden des Patienten herbeizuführen, wenn diese thatsächlich in seinen Prozessplackereien d. h. in seinen Begehrungsvorstellungen, in dem Hangen und Bängen um seine Rente ihren Ursprung gehabt hätten. Dass von alledem aber nichts eingetreten ist, mag als Beweis dafür dienen, dass die Strümpell'sche Theorie von Begehrungsvorstellungen in ihrer Allgemeinheit nicht aufrecht zu erhalten ist, dass es vielmehr immer noch recht viele Fälle giebt, in denen dieselben ganz belanglos sind. Man muss diesen Mann, der sich seiner Erziehung nach zu den gebildeten Klassen rechnen darf, einmal sehen, muss sehen, wie schwer er unter seinem Zustand leidet, und man wird die Ueberzeugung gewinnen, dass er sicherlich alles thun, mit Freuden arbeiten würde, wenn er dadurch wieder ein brauchbares Glied der menschlichen Gesellschaft werden könnte. Auch der sofortige Eintritt nervöser Folgeerscheinungen nach dem Unfall (s. o.) spricht gewiss gegen den ursächlichen Zusammenhang derselben mit dem „Kampf um die Rente.“

Zu den Erscheinungen, die bei dem Untersuchenden zunächst auffallen, gehört vor allem die Veränderung, die in der Sprache des Patienten eingetreten ist.

Die an sich schon vorhandene Unruhe desselben wird

durch jede Aufforderung zum Sprechen sofort sichtbar verstärkt. Bevor er auf irgend eine an ihn gerichtete Frage antwortet, sieht er zu Boden, zieht das Kinn an die Brust heran und erst nach einigen unruhigen Bewegungen fängt er an zu sprechen. Diese Bewegungen sind im Stehen ein unruhiges Bewegen beider Hände. Sitzt der Patient beim Sprechen, so streicht er sich mit den Händen fortwährend über die Knie und macht vor dem Beginn des Sprechens zitternde Bewegungen, bald mit dem linken, bald mit dem rechten Fusse, indem er die Spitze auf den Boden stellt und die Ferse in klonischen Zuckungen auf- und abbewegt. Auch an dem an die Brust herangezogenen Kopfe sieht man ähnliche zuckende Bewegungen. Der jedesmalige Beginn des Sprechens geschieht explosivartig: der Patient kann nie viele Worte hintereinander sprechen, er muss vielmehr nach jedem zweiten bis dritten Worte von neuem Luft schöpfen. Die an und für sich schon gesteigerte Atemfrequenz ist beim Sprechen ausserordentlich viel häufiger als bei normal sprechenden Personen. Sehr deutlich zeigt sich, dass die vorwiegende Störung der Sprache in Spasmen der Atmungs- und der Stimmuskulatur besteht, während die Artikulationsmuskulatur abgesehen von einem leichten Zittern frei ist. Dieses Zittern ist besonders stark vor dem jedesmaligen Sprechen.

Fordert man den Pat. dagegen auf, einen einfachen Vokal, z. B. a, deutlich und klar zu sagen, so presst er auf den Anfang der Stimmgebung mit ausserordentlicher Kraft und erst bei der nächsten Anwendung der Explosionskraft des aufgestauten Atems gelingt es ihm, die Stimme zum Tönen zu bringen. Man hört dann zu Beginn der Stimme einen scharf knallenden Vokalanfang (*coup de glotte*).

Untersucht man mit dem Kehlkopfspiegel, so findet man, dass der Pat. bei jedem Versuch, den Vokal a oder ä fest anzusetzen, in heftige Spasmen verfällt; die Stimmblätter schliessen sich nicht nur vollständig, sondern die Taschenblätter rücken eng aneinander, so dass von dem

Weissen der Stimmbänder nichts mehr zu sehen ist. Gleich darauf entstehen sehr lebhafte Bewegungen am Gaumensegel, an der hinteren Rachenwand und endlich am Zungengrund, Bewegungen, die nicht etwa als Würgbewegungen zu deuten sind, da der Pat. leicht zu laryngoskopieren ist. Lässt man ihn die gleichen Vokale mit vorgesetztem Hauch angeben, also ha oder hä sprechen, so treten die Spasmen nicht ein, eine Erscheinung die in ganz gleicher Weise bei fast allen Vokalstotterern gefunden werden kann. —

Da der Pat. nach den Angaben, die er selbst macht und die von seiner Frau bestätigt werden, sehr wenig spricht und meistens still für sich sitzt, so sind die Stimmband-Muskeln bei dem elfjährigen Bestehen des Uebels etwas atrophisch geworden (Atrophie des *Musc. thyreo-arythae-noideus int.*). Wenn die Stimmbänder in Bruststimme bei dem Pat. tönen, so ist die Form der Stimmritze ein auffallend breites Ellipsoid: der Rand der Stimmbänder ist also mehr als normal ausgeschweift. Die gleiche Erscheinung findet man bei Taubstummen, welche keinen Sprachunterricht genossen haben. Natürlich ist diese Atrophie in beiden Fällen als eine Inaktivitätsatrophie aufzufassen. Die Stimme selbst klingt infolgedessen bei dem Pat. auch rau und belegt und ähnelt sehr der Stimme, die man öfters bei erwachsenen Taubstummen findet.

Vollständig entsprechend dieser Untersuchung ist auch die Erscheinung, dass N. nicht im Stande ist, selbst mit Aufbietung aller Kräfte, einen Vokal länger als 2—3 Sekunden auszuhalten. Nach dieser Zeit versagt die Stimme ihren Dienst und der Patient muss von neuem Luft schöpfen, um mit derselben Anstrengung die Stimme wieder in Thätigkeit zu setzen. Es ist hier sehr wichtig, dass der objektive Befund vollständig mit den akustischen und sprachlichen Erscheinungen übereinstimmt.

Ferner ist bekannt, dass bei echten Vokalstotterern das Stottern verschwindet, sobald sie flüsternd sprechen; und zwar einfach deshalb, weil beim Flüstern der feste

Stimmansatz nicht gemacht wird, sondern die Stimmritze stetig offen bleibt. Es ist dann also für den reinen Vokalstotterer der Stein des Anstosses entfernt.

Diese frappante Erscheinung zeigt sich nun auch bei dem Patienten, wenngleich dies, da er nebenbei sehr schwere Atmungsstörungen hat, beim Lesen und längeren Sprechen nicht gleich auffällt. Lässt man jedoch ein Wort, welches mit einem offenen Vokale beginnt, z. B. Anfang, einmal laut, und sodann, nachdem man dem Patienten das Flüstern gezeigt hat, flüsternd sprechen, so bemerkt man, dass in letzterem Fall der Spasmus im Beginn des Wortes vollständig verschwunden ist. Wir sehen also auch hier wieder ein durch die Erfahrung bei andern spastischen Sprachstörungen bekanntes Symptom ganz konform bei diesem Patienten auftreten.

Die Spasmen sind nicht nur nach oben hin von den bereits geschilderten Spasmen des Ansatzrohres (Rachen, Gaumensegel etc.) begleitet, sondern zeigen auch nach unten und nach der Seite hin sehr starke Mitbewegungen der vom Hypoglossus versorgten grossen äusseren Kehlkopfmuskeln. Die Gesamtspasmen, die hier als Mitbewegungen aufzufassen sind, werden manchmal so stark, dass der Patient, ehe er zu sprechen beginnt, schlucken muss, eine Erscheinung, die sehr häufig bei schweren spastischen Sprachstörungen, die sich auf die Stimme beziehen, konstatiert werden kann.

Das Lesen wird dem N. ausserordentlich schwer, da die Spasmen fast bei jedem zweiten Worte eintreten, und nach kurzer Zeit ermüdet er so stark, dass der Schweiss bei ihm ausbricht und er mit dem Lesen aufhören muss.

Die Untersuchung der Zwerchfellbewegung, die auch hier mittelst des Marey'schen Pneumographen ausgeführt wurde, ergiebt nun zunächst, dass die Atmung des Patienten an und für sich eine beschleunigte und oberflächliche ist. Der Patient war, als er untersucht wurde, vollständig ausgeruht. Wenn man nun die beiden Kurven, die des normal Sprechenden und Atmenden (Fig. 1) und

die des N (Fig. 3), vergleicht, so kann man, da die Trommel des Kymographions bei beiden Aufnahmen die gleiche Umdrehungszeit hatte, sehen, dass bei dem Patienten die Zahl der Atemzüge in der Zeiteinheit mehr als verdoppelt ist. Sowie der Patient nun zu sprechen beginnt, sieht man, dass das Zwerchfell nicht, wie es normal der Fall ist, allmählich in die Höhe steigt, sondern tonisch kontrahiert bleibt; ja diese Kontraktion wird sogar zuweilen noch durch eine ganz kleine inspiratorische Bewegung verstärkt, sodass die Kurve manchmal deutlich auch einen klonischen Krampf des Zwerchfelles (kl.) zeigt. Meistens handelt es sich jedoch nur um einen kurz dauernden tonischen Krampf.

Wenn man die einzelnen Stellen der Spasmen mit einander vergleicht, so erkennt man deutlich, wie ähnlich dieselben einander meist sind. Der Patient spricht während dieses Zwerchfellkrampfes höchstens zwei Worte und atmet dann, ohne zu sprechen, tief aus, und zwar tiefer als er gewöhnlich zu thun pflegt. Manchmal ist diese Ausatmung ruckartig. Darauf folgt eine tiefe Inspiration, und das Spiel beginnt von neuem. Da die hier gegebenen Kurven (Fig. 1 und 3) unter gleichen Verhältnissen, selbst bezüglich der Grösse und des Brustumfangs der Betreffenden, aufgenommen sind, so lässt sich die Vergleichung zwischen der normalen und der abnormen Kurve sehr leicht vornehmen.

Nach der grossen Anstrengung des Sprechens zeigt sich auch bei diesem Patienten eine, dem Sprechen folgende auffallend unregelmässige Atmung, die hervorgerufen ist durch die psychische und zweifellos auch hohe physische Anstrengung, die das Sprechen bei dem Patienten verursacht.

Die psychischen Symptome sind dieselben, wie wir sie bei allen spastischen Sprachstörungen finden: Steigerung des Uebels in der Erregung, Nachlass in ruhiger Stimmung.

Wir haben es also hier neben der erwähnten Inaktivitätsatrophie der Stimmbandmuskeln mit einer spastischen

Sprachstörung zu thun, bei der objektiv nachweisbare schwere Bewegungsstörungen des Zwerchfells und der Stimmuskulatur vorhanden sind.

Während nun die Atrophie unbedingt gegen Simulation spricht, insofern sie uns zeigt, dass N. nicht etwa nur in Gegenwart der Aerzte, sondern auch sonst im Verlauf seines elfjährigen Leidens wenig gesprochen hat, also stets unter Sprachbeschwerden gelitten haben muss, so scheint mir der Nachweis der erwähnten Bewegungsstörungen ein weiterer sicherer Beweis dafür zu sein, dass es, entgegen der Ansicht Strümpells, bei den traumatischen Neurosen tatsächlich objektive Symptome giebt; weshalb es sich nach dem Gesagten empfehlen dürfte, in allen, speziell aber den zweifelhaften Fällen dieser Krankheit eine genaue Untersuchung hinsichtlich etwaiger Sprachstörungen vorzunehmen. —

Fasst man (so motivierte Prof. Strassmann schon damals im wesentlichen sein Gutachten, und so wird man auch jetzt sagen können) die an dem Patienten gemachten Beobachtungen zusammen, so findet man, dass der gegenwärtige Zustand und derjenige vom Jahre 1888 im wesentlichen übereinstimmt. Die Differenzen zwischen dem damals konstatierten Befunde und dem jetzt festgestellten, ebenso wie die Differenzen zwischen den Befunden, die die einzelnen Beobachter erhoben haben, sind nicht erheblich und erklären sich leicht daraus, dass bei der grossen Anzahl abnormer Sensationen, an denen N. leidet, derselbe nicht stets mit allen denselben hervortritt, sondern zunächst nur mit denen, die ihn gerade gegenwärtig am meisten belästigen; ferner daraus, dass gewisse Schwankungen auch in objektiven Symptomen bei derartigen nervösen Leiden ganz gewöhnlich sind, und endlich daraus, dass bei der Schätzung einer Anomalie als stark, mässig, gering etc. der subjektiven Schätzung des Beobachters eine gewisse Willkür unvermeidlich anhaften bleibt.

Soweit man das beurteilen kann, hat auch Dr. Sch., der allein von den andern Beobachtern in der Schätzung

der Erwerbsfähigkeit abweicht, nicht behaupten wollen, dass der Zustand des N. sich gegen früher wesentlich gebessert habe, er beurteilt nur die Folgen dieses Zustandes für die Erwerbsfähigkeit anders, und zwar günstiger.

In dieser günstigen Auffassung indessen wird man ihm nicht folgen können. Es mag ja sein, dass eine gewisse Thätigkeit dem Patienten möglich ist; und in einer Nervenheilanstalt wird man wohl mit Erfolg versuchen können, ihn etwas zu beschäftigen. Ihn deshalb aber in den Kampf des Lebens hinauszustossen, wäre durchaus ungerechtfertigt. Denn wenn Dr. Sch. die Frage, ob N. eine für ihn passende Stellung erlangen kann, nur aufwirft, ohne sie zu beantworten, so glaube ich, dass man sie einfach verneinen muss. Unmöglich ist es allerdings nicht, dass er, wie er eine Frau gefunden hat, auch einen Arbeitgeber findet, der ihn so beschäftigt, wie er beschäftigt zu werden vermag. Aber schliesslich soll man doch in solchen Fragen immer nur mit Wahrscheinlichkeiten rechnen, und wer wird sich da wohl bereit finden einen schwer nervösen Menschen, einen Menschen, der mit Fug und Recht als gemütskrank bezeichnet werden kann, auf dessen Arbeitsfähigkeit auch nur für kürzere Zeit nie mit irgendwelcher Sicherheit gerechnet werden kann, anzustellen oder zu beschäftigen? ! —

Kann man die beiden bisher besprochenen Fälle als reine Neurosen bezeichnen, so greift der folgende Fall schon auf das Gebiet der Psychosen hinüber, insofern hier der Unfall neben den körperlichen Erscheinungen eine ausgesprochene geistige Schwäche zur Folge gehabt hat. Da man für dieselbe wohl organische Veränderungen annehmen muss, so gehört der Fall eigentlich nicht in den Rahmen dieser Arbeit. Indessen sind bisher noch nicht so viel Fälle von Geisteskrankheiten nach Unfall beschrieben worden, als dass es nicht Interesse und Berechtigung haben dürfte, jeden neuen derartigen Fall mitzuteilen.

Fall III.

Es handelt sich hier um die 43 Jahr alte Frau W. Dieselbe ist hereditär nicht belastet, ebensowenig in Bezug auf Potus oder Syphilis.

Frau W. ist nun am 17. Oktober 1895 dadurch verunglückt, dass der Wagen, auf dem sie sass, von einem Eisenbahnzuge überfahren wurde, wobei der Kutscher und die Pferde getötet worden sind, während sie selbst auf den Boden geschleudert wurde, wobei sie das Bewusstsein verlor.

Die erste ärztliche Hülfe wurde ihr von dem Bahnarzt Dr. G. geleistet, über dessen damalige Wahrnehmungen sich jedoch keine näheren Angaben vorfinden. Alsdann wurde sie in das Krankenhaus in G. geschafft und blieb dort etwa 14 Tage. Sie war, als sie am 18. Okt. aufgenommen wurde, „noch etwas benommen von dem Schreck,“ wie Dr. St. bekundet. Sie selbst giebt an, worin kein Widerspruch bestehen dürfte, dass sie nach dem Unfall das Bewusstsein verloren, und es erst im Krankenhaus wiedererlangt habe. Dr. St. behandelte sie an einer Kontusion des Kopfes und der Rippen; bei der Entlassung klagte sie noch über Kopfschmerzen. Seitdem ist sie von Dr. J. behandelt worden. Auch diesem klagte sie über Kopfschmerzen und Schmerzen in der Wirbelsäule, für die dieser Arzt aber ebenso wie Dr. St. eine objektive Grundlage nicht fand; speziell erwies sich der Urin als frei von Zucker.

Am 27. April 96 hat sich die W. von dem hiesigen Arzt Dr. K. untersuchen lassen. Derselbe konstatierte erhebliche Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz, schwankenden Gang, leichte Lähmung der Augenlider, fibrilläre Zuckungen in der Zunge und Deviation derselben nach links; retardierte Sprache und Schmerzempfindlichkeit der Dornfortsätze der Wirbelsäule.

Auch bei der von Prof. Strassmann im Februar des vorigen Jahres vorgenommenen und ebenso bei der vor zwei Monaten von mir wiederholten Untersuchung klagte

Frau W. über Schmerzen, die den Rücken hinauf bis in den Kopf ziehen; diese Schmerzen sind andauernd, verstärken sich aber zuweilen unter gewissen Umständen, so wenn sie z. B. unter Menschen kommt, oder wenn sie stärkere Gerüche wahrnimmt; dann hat sie ein „komisches“ unbeschreibliches Gefühl im Kopf, „als ob etwas umgedreht wird.“ Sie klagt ferner über eigentümliche Gefühle schmerzhafter Erlahmung in den Gliedern, über ein vom Rücken zur Magengrube sich erstreckendes Druckgefühl und über Kurzatmigkeit. Der Schlaf soll gut aber nur kurz sein, auch der Appetit ist gut; die Periode ist noch regelmässig vorhanden. Einige Male will sie wie ohnmächtig umgefallen sein und, als sie wieder zu sich kam, stark durchschwitzt gewesen sein.

Die körperliche Untersuchung ergab einen sehr breiten Herzspitzenstoss, der aussen von der Brustwarzenlinie im fünften Zwischenrippenraum liegt; laute reine Herztöne, Pulsfrequenz 92—100 in der Minute. Kein auffallender Befund an den Lungen. Bei Druck auf die Halswirbel, die oberen Brustwirbel und die linke Schultergegend wird lebhafter Schmerz geäussert. An der rechten Seite des Hinterkopfes sowie am rechten Augenlid fühlt und sieht man eine Hautnarbe, die auf Druck nicht besonders empfindlich ist.

Bei der Sensibilitätsprüfung werden Pinselstriche überall richtig empfunden, dagegen wird bei Berührung mit der Stecknadel die Spitze regelmässig als Kopf und der Kopf als Finger empfunden. Durchstechen einer Hautfalte ist deutlich weniger schmerzhaft als normal, bei Druck auf den N. ulnaris am Ellenbogen tritt Kriebeln in den Fingerspitzen nicht auf. Die Zungenspitze ist etwas nach links herumgedreht und zeigt dabei lebhafte fibrilläre Zuckungen. Bei der Geschmacksprüfung wird Essig beiderseits als salzig angegeben. Das Gehör ist angeblich links, der Geruch rechts schwächer, als auf der entgegengesetzten Seite. Das Gesichtsfeld ist hauptsächlich nach oben sehr stark eingeschränkt; der Augenspiegelbefund ist normal.

Beim Nachsprechen schwieriger Worte zeigt die Patientin kein eigentliches Silbestolpern, sondern nur eine gewisse Vergesslichkeit und Schwerfälligkeit. Ueberhaupt trägt ihr ganzes Wesen und Gebahren den Charakter geistiger Schwerfälligkeit und Stumpfheit. Dem entspricht auch ihr Gesichtsausdruck, der aber neben der Stumpfheit auch eine gewisse Aengstlichkeit widerspiegelt. Zeitweise starrt sie wie abwesend vor sich hin; selbst die einfachsten Fragen beantwortet sie nur zum Teil richtig. Sie verwechselt das Datum, vermag selbst einfache Rechenaufgaben nicht zu lösen, ist nicht im Stande, die Wochentage und Monatsnamen rückwärts herzusagen. Dabei bemüht sie sich anscheinend, dem Fragenden gerecht zu werden, ihr Gesicht nimmt einen nachdenkenden Ausdruck an und ihre Finger spielen in der verlegenen Weise der Kinder und Schwachsinnigen, und öfter füllen sich ihre Augen mit Thränen.

Das Gutachten wurde dahin abgegeben, dass nach alledem bei der Patientin ein Zustand von Demenz, von geistiger Verblödung besteht. Derselbe geht einher mit körperlichen Lähmungserscheinungen, die sowohl die motorischen wie sensiblen Nerven betreffen, wie dies einerseits das Zittern und die Abweichung der Zunge, andererseits die Herabsetzung der Schmerzempfindung beweist. Dieser Zustand geht ferner einher mit deprimierter Stimmung und abnormen nervösen Sensationen, besonders in den rechten Körperteilen. Ein solches Krankheitsbild, welches an die progressive Paralyse der Irren erinnert, kann sich erfahrungsgemäss sehr wohl bei Kopfverletzungen entwickeln. War auch die äusserlich wahrnehmbare Verletzung am Kopf der Pat. nicht so erheblich, so hat die W. doch ihrer Schilderung nach durch den Sturz eine Gehirnerschütterung erlitten und an eine solche können sich sehr wohl chronische Veränderungen in Gehirn und Gehirnhäuten anschliessen, die durch die äusserliche Untersuchung nicht nachweisbar sind, und sich nur durch eine derartige fortschreitende Demenz verbunden mit Lähmungserscheinun-

gen verraten. Vorausgesetzt, dass die W. bis zu dem Unfall gesund war, dass sie seitdem erst dauernd über Kopfschmerzen klagte und dass dieser Zustand sich dann mehr und mehr verschlimmerte, bis er den jetzigen Grad erreichte, so wird man an einem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der jetzigen Demenz nicht zweifeln dürfen.

Gegen die Angaben der W., dass sie bis zu dem Unfall gesund war, konnte nun ein Einwand nicht erbracht werden; dieselben werden im Gegenteil positiv unterstützt durch Bekundungen, welche in den Akten der Armenverwaltung von G. niedergelegt sind. Darin heisst es, dass die W. vor dem Unfall gesund und arbeitsfähig war und nie über Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche und Lähmungserscheinungen geklagt hat. Weiter heisst es in den Akten, dass die Patientin seit dem Unfall hilfsbedürftig sei. „Jetzt ist Frau W. nicht im Stande, die leichtesten Rechenexempel zu lösen und konnte uns über den Zweck ihres Erscheinens an Amtsstelle manchmal keine Angaben machen. Sie läuft zweck- und gedankenlos umher ohne zu wissen, wo sie sich befindet.“

Aus diesen Akten geht dann ferner noch hervor, dass der W. im Mai 1897 die Armenunterstützung weiter bewilligt worden ist, da sie nach der Ueberzeugung der Bezirksversammlung und im Widerspruch mit dem Gutachten des Armen- bzw. Bahnarztes Dr. J. noch erwerbsunfähig und hilfsbedürftig war.

Von dieser Seite ist nun dagegen eingewendet worden, dass es sich hier um lauter subjektive Symptome handelte, die man bezweifeln könnte, die ausserdem sehr unwesentlich seien und die, wie z. B. die Zuckungen der Zunge, das geschwächte Gedächtnis u. s. w. sehr wohl simuliert werden könnten.

Eine Widerlegung der Behauptung, dass die Symptome der fortschreitenden Demenz, wie sie sich hier darbieten, unwesentlich seien, dürfte überflüssig sein; diese Behauptung ist ebenso hinfällig wie die andere, dass die fibril-

lären Zuckungen der Zunge künstlich hervorgebracht werden können.

Was die Frage der Simulation anbetrifft, so wird man diese in dem vorliegenden Falle mit Sicherheit ausschliessen dürfen. Gegen eine solche sprechen zunächst die körperlichen Erscheinungen, die Empfindungslähmung und vor allem die eben erwähnten fibrillären Muskelzuckungen; gegen dieselbe spricht ferner das ganze Wesen der Patientin. Ihr passives, indifferentes Gebahren ist nicht dasjenige von Leuten, die „aus dem Unfall nur Kapital schlagen wollen“, ihr Wesen trägt vielmehr vollkommen den Stempel der Natürlichkeit an sich. Sie müsste tiefe Studien gemacht haben und ein hervorragendes schauspielerisches Talent besitzen, wenn es ihr gelingen sollte, so natürlich den Charakter der geistigen Demenz und psychischen Depression wiederzugeben.

Was endlich die Frage der Erwerbsfähigkeit betrifft, so erscheint es ja nicht ausgeschlossen, dass die Klägerin hier und da etwas leichte Arbeit ausführen könnte; zu einer regelmässigen irgendwie in Betracht kommenden Erwerbsfähigkeit dürfte sie aber auf Grund ihres geistigen Verfalls, wie der sie beherrschenden schmerzhaften Sensationen durchaus unfähig sein.

Ist man nun auch berechtigt, gegenwärtig eine völlige Erwerbsunfähigkeit anzunehmen, so kann man dieselbe nicht mit der gleichen Sicherheit hinsichtlich der Zukunft behaupten; es muss vielmehr zugegeben werden, dass in derartigen Fällen überraschende Besserungen vorkommen, wenn eine solche auch im vorliegenden Falle sehr wenig wahrscheinlich und ein Ausgang in völlige Verblödung weit eher zu erwarten ist. —

Soweit die Simulation für die einzelnen Fälle in Betracht kommt, ist sie bereits an ihrer Stelle besprochen worden; hier seien mir noch einige allgemeine Bemerkungen über diesen Punkt gestattet.

Es ist in der Natur der in Rede stehenden funktionellen Erkrankungen begründet, dass die Frage nach der Simula-

tion derselben alsbald in den Vordergrund trat. Man war auch in der ersten Zeit geneigt, derselben einen grossen Platz einzuräumen, aber je mehr das Bild der Unfall-Nervenerkrankungen vervollständigt wurde, desto mehr trat die Schwierigkeit, ja fast Unmöglichkeit zu Tage, dieselbe zu simulieren. Ein Wechsel in den Erscheinungen ist jedenfalls für Simulation nicht beweisend, denn es steht fest, dass alle Erkrankungen des Nervensystems und ganz besonders die funktionellen Neurosen durch die erheblichen Intensitätsschwankungen und die Unbeständigkeit ihrer Symptome ausgezeichnet sind. Speziell für die Hysterie ist dieser Wechsel geradezu pathognomonisch, und gerade ihr ähnelt in vielen Fällen das Bild der traumatischen Neurosen in hohem Masse.

Weit häufiger als die Simulation ist jedenfalls die Aggravation, d. h. die Uebertreibung thatsächlich vorhandener Störungen. Gerade diese Fälle sind es, die den Arzt oft in die schwierigste Lage bringen und ihn nötigen, doch wieder seine Zuflucht zu den objektiven Symptomen zu nehmen, trotzdem eine Autorität wie Strümpell ihnen jeden Wert abspricht, ja geradezu abrät, überhaupt nach ihnen zu suchen. Wollte man indessen ausschliesslich nach dem „allgemeinen Eindruck“ urteilen, so würde man damit nur einer oberflächlichen Beurteilung solcher Kranken die Wege ebnen. Das subjektive Ernennen kann selbst einen erfahrenen Nervenarzt zu schweren Irrtümern verleiten, wieviel mehr erst den praktischen Arzt! Gerade dieser kann sich nur durch die genaueste Untersuchung gegen folgenschwere Missgriffe schützen und daher ist es für ihn unbedingt erforderlich, in allen diesen Fällen nach den objektiven Symptomen zu suchen, selbst auf die Gefahr hin, durch diese Untersuchung den vorhandenen nervösen Zustand noch zu verstärken.

Dass sich diese Symptome objektiv nachweisen lassen, sogar dann, wenn sie den Betroffenen garnicht zum Bewusstsein gekommen sind, hat Saenger bewiesen. Gelegentlich von Untersuchungen, die er zu statistischen Zwecken

anstellte, konstatierte er bei fünf völlig erwerbsfähigen und -thätigen Arbeitern den Symptom-Komplex der traumatischen Neurose, ohne dass er selbst oder diese Leute von dessen Vorhandensein eine Ahnung hatten. Erst nachträglich wurde dann festgestellt, dass die Betroffenen sämtlich früher einen Unfall erlitten hatten.

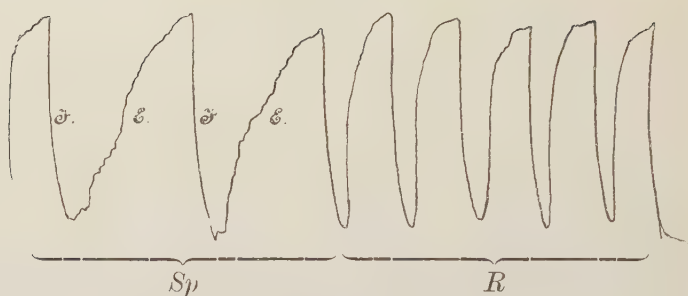
Die Meinungsverschiedenheiten auf diesem Gebiet sind nicht nur für den Neurologen, sondern speziell auch für den praktischen Arzt von grosser Bedeutung; denn seit dem 1884 erlassenen Unfall-Versicherungs-Gesetz und infolge der grossen Ausdehnung der Krankenkassen-Praxis kommt er nur allzu häufig in die Lage, solche Fälle beurteilen zu müssen. Diese haben nun aber für ihn das Unangenehme, dass es selten bei dem ersten Gutachten bleibt. Bald wird dieses von dem Arbeiter, bald von der Genossenschaft angefochten, und nun werden die Gutachten anderer Sachverständigen eingeholt, die dann häufig zu abweichenden, wenn nicht gar entgegengesetzten Ergebnissen gelangen.

Angesichts dieser Verhältnisse ist auch heute noch das Verlangen zeitgemäss, das Oppenheim schon 1896 aussprach: „Es ist dringend erforderlich, dass wir zu festen einheitlichen Grundsätzen in der Beurteilung der nach Unfällen auftretenden Neurosen gelangen. Der jetzige Zustand ist ein unhaltbarer, da zwei Gutachten, die zu vollkommen entgegengesetzten Resultaten gelangen, sich „nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft“ beide rechtfertigen lassen.“

Möge die vorstehende Arbeit einen kleinen Beitrag zur Klärung der strittigen Fragen liefern.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Strassmann für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung der Fälle, den Herren Dr. Puppe und Dr. Gutzmann für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

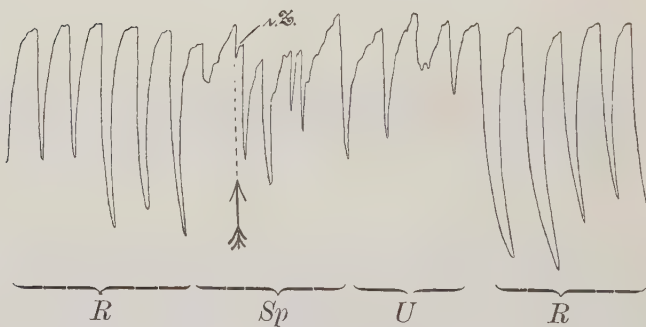
Fig. I.



Normale Atmungs-Kurve.

Sp = beim Sprechen, R = in der Ruhe, I = Inspiration,
E = Expiration.

Fig. II.



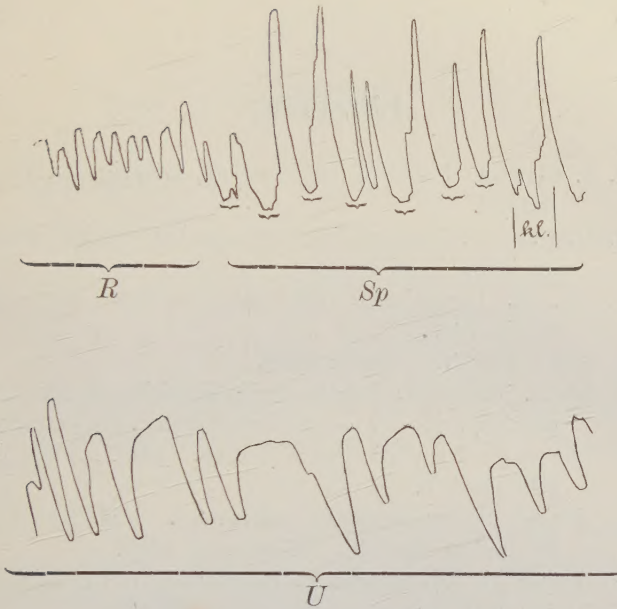
Ausschnitt aus der Atmungskurve von Fall I.

R. Sp. wie oben.

U = unregelmässige Atmung nach d. Sprechen.

i. Z. = inspiratorische Zuckung. Hier ist nur eine solche zu sehen, in dem übrigen nicht abgebildeten Teile der Kurve fanden sich aber noch mehrere.

Fig. III.



Zwei Ausschnitte aus der Atmungskurve von Fall II.

R. Sp. U. = wie oben.

— = tonischer, kl. = klonischer Krampf.

Litteratur.

- Prof. J. Charcot: Poliklinische Vorträge, Leipzig und Wien 1892/94.
- Prof. Dr. W. Page: Eisenbahnverletzungen in forensischer und klinischer Beziehung.
- Prof. Dr. H. Oppenheim: Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.
- „Der Fall N.“ Berlin 1896.
- Prof. Dr. A. Strümpell: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Leipzig 1896.
- Ueber die traumatischen Neurosen. „Berliner Klinik“ 1888 Heft 3.
- Ueber die traumatischen Neurosen. XII. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden 1893.
- Ueber die Untersuchung, Beurteilung u. Behandlung von Unfallkranken. München 1896.
- Dr. R. Wichmann: Der Wert der Symptome der sogenannten traumatischen Neurose. Braunschweig 1892.
- Dr. A. Saenger: Die Beurteilung der Nervenkrankungen nach Unfall. Stuttgart 1896.
-

Thesen.

I.

Die Strümpell'sche Theorie von der Bedeutung der Begehrungsvorstellungen bei den traumatischen Neurosen ist in ihrer Allgemeinheit nicht aufrecht zu erhalten.

II.

Die Sprachstörungen sind, soweit sie im Anschluss an den Unfall aufgetreten sind, als objektive Symptome der traumatischen Neurosen anzusehen. Es ist deshalb erforderlich, in allen, besonders aber den zweifelhaften Fällen, daraufhin eine genaue Untersuchung vorzunehmen.

III.

Bei allen Unfall-Neurosen ist es die Hauptaufgabe des Arztes, dahin zu wirken, dass die Kranken sich möglichst bald wieder an ihre Arbeit gewöhnen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Eugen Goldbach, evangelischer Konfession, wurde am 2. April 1874 als Sohn des Kaufmanns Hermann Goldbach zu Brieg, Regierungs-Bezirk Breslau geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Kgl. Gymnasium daselbst, welches er bis Ende des Jahres 1888 besuchte. Die weitere Vorbildung erhielt er dann auf dem Luisenstädtischen Gymnasium zu Berlin, das er Michaelis 1894 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 20. Oktober desselben Jahres wurde er in die jetzige Kaiser-Wilhelms-Akademie aufgenommen. Vom 1. April bis 1. Oktober 1895 genügte er seiner Dienstpflicht bei der 7. Kompagnie des 4. Garde-Regiments zu Fuss.

Am 5. August 1896 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 1. Juli 1898 das Tentamen medicum und am 8. Juli desselben Jahres das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bergmann, Blasius, Du Bois-Reymond (†), Engler, Ewald, Fischer, Fränkel, Frey, Fritsch, Gerhardt, Goldscheider, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hertwig, Heubner, Israel, Jolly, R. Köhler, König, Köppen, Lesser, Lexer, v. Leyden, Liebreich, Olshausen, Rubner, Salkowsky, Schulze, Schweigger, Schwendener, Strassmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.
